FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1962

THÈSE

415

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ETAT

PAR

Mme Denise PAWLOTSKY-MONDANGE

Née le 28 Juillet 1927 à PARIS

Ancienne externe des Hôpitaux de Paris
Ancienne interne des Hôpitaux de la Région de Paris

Présentée et soutenue publiquement le :

LE SPASME DU SANGLOT

ETUDE PSYCHOLOGIQUE DU MILIEU FAMILIAL

Président : M. J. MARIE, Professeur

EDITIONS A. G. E. M. P. — 8, RUE DANTE · PARIS-V^e

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1962

THÈSE

n°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ETAT

PAR

Mme Denise PAWLOTSKY-MONDANGE

Née le 28 Juillet 1927 à PARIS

Ancienne externe des Hôpitaux de Paris
Ancienne interne des Hôpitaux de la Région de Paris

Présentée et soutenue publiquement le :

LE SPASME DU SANGLOT

ETUDE PSYCHOLOGIQUE DU MILIEU FAMILIAL

Président : M. J. MARIE, Professeur

EDITIONS A. G. E. M. P. — 8, RUE DANTE · PARIS-Ve

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

1-2-1962

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bénard (H.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Chabrol (E.), Champy (C.), Debré (R.), Fey (B.), Gastinel (P.), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lantuejoul (P.), Laroche (G.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Mondor (H.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Olivier (E.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis (D), Quénu (J.), Richet (C.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.).

DOYEN . . . . . Léon BINET.
Membre de l'Institut

1er ASSESSEUR . . . . . Jean VERNE
2e ASSESSEUR . . . . . Gaston CORDIER

I. — PROFESSEURS

1° CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.) / SCHAPIRA (G.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Embryologie	GIROUD (A.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière)	N...
Histologie	VERNE (J.)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (P.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	PIEDELIÈVRE (R.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	GALLIARD (H.)
Pathologie chirurgicale	HUGUIER (J.)
Pathologie exotique	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	MILLIEZ (P.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	BOUDIN (G.)
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
Physiologie	BINET (L.) / BARGETON (D.)
Physiologie et pathologie obstétricale	LEPAGE (F.)
Physique médicale	DOGNON (A.) / DJOURNO (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	N...
Thérapeutique	CONTE (M.)

b) Professeurs à titre personnel :

Biochimie médicale	DESGREZ (P.) / POLONOVSKI (J.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.)
Embryologie	TUCHMANN (H.)
Hygiène et médecine préventive	DEPARIS (M.)
Parasitologie	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
Pharmacologie	LÉVY (Mlle J.)
Physiologie	PARROT (J.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	MOUQUIN (M.)
Cliniques chirurgicales — Beaujon	LORTAT-JACOB (J.-L.)
Cochin	LEGER (L.)
Hôtel-Dieu	PATEL (J.)
Pitié	CORDIER (G.)
Saint-Antoine	GOSSET (J.)
Salpêtrière	SICARD (A.)
Tenon	OLIVIER (Cl.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants Malades)	FÈVRE (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et réparatrice (Cochin)	MERLE d'AUBIGNÉ (R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	GAUDART d'ALLAINES (F. de)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laennec)	MATHEY (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)	LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca)	FUNCK-BRENTANO (P.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies des Enfants (Enfants-Malades)	CATHALA (J.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	DELAY (J.)
Cinique des maladies métaboliques (Necker)	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	CASTAIGNE (P.)
Cliniques médicales — Boucicaut	LENÈGRE (J.)
Broussais	SOULIÉ (P.)
Cochin	JUSTIN-BESANÇON (L.)
Cochin	BROUET (G.)
Hôtel-Dieu	BARIÉTY (M.)
Laribolsière	SÈZE (S. de)
Pitié	DREYFUS (G.)
Saint-Antoine	KOURILSKY (R.)
Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologie (Bichat)	DEBRAY (C.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	GENNES (L. de)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARGIN (R.)
Cliniques obstétricales — Baudelocque	LAGOMME (M.)
Foch (Suresnes)	MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	RENARD (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Laribolsière)	AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	LELONG (M.)
Clinique de pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J.)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laennec)	BERNARD (E.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	MISHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Pitié)	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgixale (Vaugirard)	ROUX (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	LEMAIRE (A.)
Clinique toxicologique	GAULTIER (M.)
Clinique traumatologique	PADOVANI (P.)
Séméiologie médicale	DOMART (A.)
Séméiologie et clinique chirurgicales	POILLEUX (F.)
Clinique urologique (Necker)	COUVELAIRE (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	TURPIN (R.)

b) Professeurs à titre personnel :

Médecine	BOUR (H.)
	LHERMITTE (F.)
	PEQUIGNOT (H.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGRÉGÉS ET MAITRES DE CONFÉRENCES - AGRÉGÉS

	MM.
Anatomie	CABROL (C.) COUINAUD (C.) GILLOT (C.) OLIVIER (G.)
Anatomie pathologique	GAUTHIER-VILLARS (Mlle P.) pr. s. ch. ABELANET (R.) BUSSER (F.) CHOMETTE (G.) GOUYGOU (Ch.), m. conf. NEZELOFF (Gh.) ORCEL (L.) PAILLAS (J.)
Anesthésiologie	KERN (E.) VOURC'H (G.)
Bactériologie	BARBIER (P.) CHRISTOL (D.) LE MINOR (L.) TOURNIER (P.)
Biochimie médicale	BAILLIEU Et. m. conf. BOURILLON (R.) CARTIER (P.) DREYFUS (J.-Cl.) GONNARD (P.) KRUH (J.) JEROME (H.)
Biologie appliquée à l'Education Physique et aux Sports	PLAS (F.)
Carcinologie	BOIRON (M.) DENOIX (P.) MATHE (G.) SELIGMANN (M.)
Dermato-Syphiligraphie	CIVATTE (J.) DUPERRAT (B.)
Electro-Radiologie	LEDOUX-LEBARD (G.)
Hématologie	BESSIS (M.) BILSKI-PASQUIER (G.) DAUSSET (J.) DUHAMEL (G.)
Histologie	COUJARD (R.), pr. s. ch. MAROIS (M.) RACADOT (J.)
Hydrologie	BESANÇON (F.) CORNET (A.)
Hygiène	BOYER (J.) pr. s. ch. BLANCHER (G.) CORRE-HURST (Mme L.) SAPIN-JALOUSTRE (H.)
Maladies infectieuses	BASTIN (R.) DUPONT (V.)
Médecine légale	BENOBERT (L.), pr. s. ch. FOURNIER (E.) GUENIOT (M.) HADENGUE (A.)
Médecine du travail	ALBAHARY (C.)
Neuro-chirurgie	PERTUISET (B.)
Obstétrique	GRANJON (A.) HERVET (E.) LE LORIER (G.) LEVY (J.) MORIN (P.) MUSSET (R.) ROBEY (M.) SENEZE (J.) SUREAU (C.) THOYER-ROZAT (J.)
Ophtalmologie	BRÉGEAT (P.) DUBOIS (A.) SARAUX (H.)
Orthopédie	JUDET (R.) MEARY (R.) POSTEL (M.) RAMADIER (J.)
Oto-rhino-Laryngologie	DEBAIN (J.) PIALOUX (P.)
Parasitologie	GOLVAN (Y.) LAPIERRE (J.)
Pathologie chirurgicale	BARCAT (J.) BINET (J.-P.) CAUCHOIX (J.) CERBONNET (G.) CHATELIN (C.-L.) DUBOST (Ch.) DUBOST (Cl.) FAUREL (J.) FLABEAU (F.) GARBAY (M.) GARNIER (H.) (Cl. de) GAUDART-d'ALLAINES GERMAIN (A.) LATASTE (J.) LEVEQUE (B.) LOYGUE (J.) MERCADIER (M.) NATALI (J.) PELLERIN (D.) PERROTIN (J.) ROBERT (H.) THOMERET (G.)
Pathologie exotique	SCHNEIDER (J.)
Pathologie expérimentale	BENHAMOU (J.-P.) BERTHAUX (P.) BOIVIN (P.) CROSNIER (J.) HARTMANN (L.) LŒPER (J.) MAURICE (J.) MIKOL (Cl.) RICHET (G.)
Pathologie médicale	AUSSANNAIRE (M.) BOUVIER (J.) BOUVRAIN (Y.) BRICAIRE (H.) BRISSAUD (H.) BROCARD (H.) BUGE (A.) CATINAT (J.) CHRÉTIEN (J.) COBLENTZ (B.) CONTAMIN (F.) COURY (C.) ÉTIENNE (J.-P.) FREZAL (J.) FRITEL (D.) HENNEQUET (A.) HIMBERT (J.) HOUSSET (E.) LAROCHE (Cl.) LESOBRE (R.) MACREZ (C.) MOREAU (L.) NICK (J.) ROYER (P.) TOURNEUR (R.) WOLFROMM (R.)
Pédiatrie-Puériculture	JOSEPH (R.) LAFOURCADE (J.) LEPERCQ (G.) MANDE (R.) MOZZICONACCI (P.) POLONOVSKI (C.) ROSSIER (A.) VIALATTE (J.)

	MM.
Pharmacologie	BOISSIER (J.) LECHAT (P.)
Physiologie	BARRES (G.) DEJOURS (P.) DURAND (J.) GIRARD m. conf. HUGELIN (A.) SCHERRER (J.)
Physique médicale	CHANTEUR (J.) CHOUROT (L.), m. conf. pr. s. ch. GREMY (F.) m. conf. MILHAUD (G.) PELLERIN (P.) ROUCAYROL (J.-Cl) TUBIANA (M.) m. conf.
Pneumo phtisiologie	KREIS (B.) MEYER (A.) RENAULT (P.)
Psychiatrie	MIGNOT (P.)
Psychiatrie infantile	DENIKER (P.) DUCHE (D.) FLAVIGNY (H.) LAPRESLE (J.)
Rhumatologie	DELBARRE (F.)
Stomatologie	CERNEA (P.) CHAPUT (Mme A.) m. c. agr. GRELLET (M.)
Thérapeutique	CHASSAGNE (P.) LAMOTTE (M.) MARCHE (J.)
Urologie	AUVERT (J.) MOULONGUET (A.) QUENU (L.)

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

	MM.
Anatomie	DEBEYRE (J.)
Clinique chirurgicale	ABOULKER (P.) AMFLINE (A.), pr. s. ch. VERNE (J.-M.)
Clinique médicale	PERRAULT (M.) RAMBERT (P.) THIEFFRY (S.)
Clinique obstétricale	GRASSET (J.) MAYER (M.)
Clinique ophtalmologique	DESVIGNES (P.) OFFRET (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique	MADURO (R.)
Clinique pédiatrique et puériculture	LAPLANE (R.)
Clinique psychiatrique	BARUK (H.)
Clinique urologique	KUSS (R.)

IV. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie . . . . . HAUDUROY (P.) Pr. s. ch.

Pathologie chirurgicale . . . . . RUDLER (J.) Pr. s. ch.

V. - CHARGÉS DE COURS D'HYGIÈNE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE : BOLTANSKI (E.), LAUNAY (C.)

Secrétaire général de la Faculté . . . . . M. LENA (J.)

Secrétaire principal . . . . . Mlle CHAINTREUIL (G.)

Conservateur en Chef de la Bibliothèque. Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine . . . . . M. le Docteur HAHN (A.)

Conservateur . . . . . Mlle DUMAITRE (P.)

Bibliothécaires . . . . . Mmes GONTET (J.), FORGET (F.), Mlles LAURENT (H.), LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

Aux Miens,

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41538128_0007

A Monsieur le Professeur JULIEN MARIE

Médecin des Hopitaux de Paris
Professeur de Pédiatrie Sociale

Qui m'a fait le grand honneur de bien vouloir présider le jury de cette thèse.

A mon Maître, Madame le Docteur J. AUBRY

Médecin des Hôpitaux de Paris,
Professeur au Collège de Médecine,

Qui a inspiré le sujet de cette thèse
en hommage respectueux et reconnaissant
pour l'enseignement et les conseils
qu'elle a bien voulu me prodiguer avec
tant de bienveillance.

A mon Maître, Monsieur le Professeur THIEFFRY

Médecin des Hôpitaux de Paris,
Professeur Agrégé,

En le remerciant très profondément de son enseignement et d'avoir bien voulu me permettre de consulter dans son service de nombreuses observations qui ont servi de base à notre travail.

A mes Maître d'Externat :

- Monsieur le Docteur BENDA
- Monsieur le Professeur DAVID
- Monsieur le Professeur DEPARIS
- Monsieur le Docteur LAUNAY
- Monsieur le Professeur MANDES
- Monsieur le Professeur MICHAUX
- Monsieur le Professeur THIEFFRY
- Monsieur le Docteur WORMS
- Madame le Docteur AUBRY

A mes Maîtres d'Internat :

- Monsieur le Docteur ELIACHAR
- Monsieur le Docteur PILLIERES DE TANOUAR
- Monsieur le Docteur DANEL
- Monsieur le Docteur DURAND

LE SPASME DU SANGLOT

ETUDE PSYCHOLOGIQUE DU MILIEU FAMILIAL

INTRODUCTION

Le spasme du sanglot, entité clinique bien définie depuis les travaux de R. Debré et la thèse de Mademoiselle Lévy en 1932 a fait depuis cette date l'objet de plusieurs travaux et études tant du point de vue clinique que biologique et électroencéphalographique. Sa physiopathologie a été éclaircie grâce à des travaux expérimentaux. L'existence de facteurs psychologiques a été soupçonnée, mentionnée à plusieurs reprises.

Le pronostic bénin de l'affection est reconnu par tous les auteurs les crises disparaissant spontanément vers la fin de la 2ème année; et c'est ce qui en fait le premier intérêt diagnostique.

Il est en effet important de distinguer les crises convulsives du spasme du sanglot, des autres variétés de convulsions du nourrisson, en particulier l'épilepsie et la spasmophilie, pour éviter des traitements inutiles et permettre de rassurer l'entourage de l'enfant quant au pronostic du spasme lui-même.

Il est un autre intérêt. L'étude de ces sujets et de leur milieu familial peut permettre la découverte précoce de facteurs psychologiques

favorisant chez le nourrisson de telles manifestations au pronostic immédiat bénin, mais qui pourraient, dans l'avenir, favoriser l'éclosion de névroses.

Nous nous proposons dans cette étude, portant sur 74 observations réunies principalement dans le service de Monsieur le Professeur THIEFFRY, après un bref rappel clinique, d'étudier la structure familiale de ces sujets et de dégager quels sont les facteurs psychologiques favorisant l'apparition d'un spasme du sanglot et sa répétition. Nous rechercherons également les associations successives ou simultanées avec d'autres troubles caractériels ou névropathiques de la petite enfance.

D E F I N I T I O N

Le spasme du sanglot est une variété particulière, bénigne de convulsion du nourrisson.

Le spasme succède toujours, et c'est là son caractère essentiel à une crise de sanglots. Cette crise a son paroxysme provoque une apnée et une perte de connaissance, qui peut s'accompagner ou non de clonies et réaliser un aspect plus ou moins alarmant.

Le spasme du sanglot apparaît donc comme "l'exagération d'un phénomène physiologique et banal chez le nourrisson : la perte du souffle à l'occasion d'une crise de larmes".

Il survient chez des enfants en apparence normaux en dehors de toute modification biologique.

Il disparaît en règle spontanément vers l'âge de 2 ans.

H I S T O R I Q U E

Le syndrome morbide n'est bien connu et défini en France que depuis les travaux de Debré en 1932.

Cependant dès 1843, puis à nouveau en 1853, Rillet et Barthez, dans leur "Traité clinique des Maladies des Enfants", font allusion à ce syndrôme. "Il n'est pas possible de séparer du spasme de la glotte cette suspension de la respiration accompagnée d'inspiration suffocante qui survient parfois chez les enfants en colère; alors la figure devient violette, les membres s'agitent ou se raidissent, quelquefois la scène se termine par un accès d'éclampsie."

Plus tard Hutinel et Marfan signalent que "la colère, une crise de lammes sont des causes provocatrices de convulsions".

C'est Comby qui le premier a présenti le rôle du psychisme dans le syndrôme."Les psychoses se révèlent sous une forme atténuée dans les premières années et dans les premiers mois de la vie. On peut dès le berceau apprécier l'état nerveux de l'enfant : excitabilité cérébrale, cris, agitation insolite, violentes colères à la moindre contrariété ; quelques uns à l'occasion de ces

colères peu ou pas justifiées deviennent rouges, cyanosés, et vont jusqu'à l'apnée ou la perte de connaissance; quelques uns ont des accès très nets de spasmes de la glotte, d'autres ont de la tétanie ou plus souvent des convulsions généralisées".

Enfin, on retrouve dans des thèse sur l'hystérie infantile datant d'avant 1900, la description d'authentiques spasmes du sanglot ("contribution à l'étude de l'hystérie infantile, son existence au dessous de 5 ans" — Burnet, Thèse Paris 1891)

Mais si les auteurs classiques français ont ainsi évoqué le syndrôme morbide, aucun n'en a réellement individualisé le type clinique. Ce sont en fait les auteurs allemands qui ont les premiers isolé le syndröme

Cette variété de crises convulsives est signalée pour la première fois en Allemagne par Newmann et Ibrahim en 1904.

En 1905, Newman décrit chez l'enfant de 1 à 3 ans sous le nom de "Wutkrampfe" ou spasme de la rage des crises déclenchées par la colère, qu'il sépare du laryngo spasme et qui caractérisent un état de flaccidité avec perte de conscience et apnée et au point de vue évolutif leur courte durée et leur bénignité.

En 1911, Ibrahim en reprend l'étude et en donne une dèscription identique. Le premier il insiste sur le rôle nocif de l'anxiété de l'entourage et dénomme cette manifestation "Respiratorische Affekthrampfe" (ou accès respiratoires affectifs).

en 1918, Stier reprend et complète les descriptions antérieures et dès lors les spasmes respiratoires affectifs prennent une place définie dans les

traités classiques allemands où ils sont séparés de façon catégorique de la tétanie et du mal comitial.

En 1924, Voglio en fait une brève étude.

En 1929, G. René prend pour la première fois cette étiologie en considération à propos du pronostic de l'épilepsie de l'enfance.

Mais c'est avec une certaine méfiance que l'on accueille en France les conclusions nosologiques des auteurs allemands qui voient dans ces crises des manifestations d'hystérie infantile.

C'est en 1932 que R. Debré en reprend l'étude et propose le terme de "Spasme du Sanglot qui contient l'essentiel de la définition, à savoir le mode d'apparition".

Il signale alors l'anxiété du milieu familial, l'existence d'un terrain psychologique particulier chez l'enfant.

Mademoiselle Lévy dans sa thèse sur "les convulsions essentielles du Nourrisson" (1932) en reprend l'étude et signale qu'une étude attentive de l'enfant permet de mettre en évidence des petits troubles névropathiques discrets".

En 1947, Clément Launay (Semaine des Hôpitaux, Précis de Médecine Infantile) fait entrer le spasme du sanglot dans le cadre des crises névropathique de la petite enfance.

En 1948, Madame Fourment dans sa thèse replace le spasme du sanglot dans le cadre du développement psycho affectif de l'enfant et en rapproche certaines manifestations émotives de la petite enfance. Elle signale les

rapports du spasme du sanglot avec l'anorexie et certaines régressions affectives.

En 1956, Sauguet et Delaveleye de l'Ecole Henyer écrivent leur article sur le rôle des facteurs psychiques dans les convulsions et les paroxysmes épileptiques au cours de l'enfance et de l'adolescence, critiquant le terme de spasme du sanglot et signalent le rôle de la fructration de désirs élémentaires dans le déclenchement de telles manifestations.

En 1957, Fischgold et Lapiane insistent sur le rôle de l'anoxie cérébrale dans le spasme du sanglot, ce qui est confirmé par les travaux de H. Gastaud et Y. Gastaud sur l'Electroencéphalogramme dans les convulsions anoxiques provoqués par la compression oculaire.

E T I O L O G I E

L'étiologie du spasme du sanglot est étroitement liée à l'étude des facteurs psychologiques favorisants, mais revenant ultérieurement sur ces données psychologiques nous ne ferons que mentionner ici brièvement les facteurs étiologiques classiques.

Sa fréquence est discutée et si pour R. Debré et Mademoiselle Lèvy le spasme du sanglot représente 20 % des convulsions essentielles du nourrisson, pour d'autres tels Chaptal et Passavant il est une cause très rare de convulsion.

Si des conclusions ainsi éloignées ont pu être émises, il semble que ce soit dû surtout à une définition différente du terme de convulsion; pour les uns la perte de connaissance avec modification du tonus est une convulsion, pour les autres il n'y a convulsion que si la perte de connaissance s'accompagne de clonies

Son terrain d'élection est l'enfant de 4 à 18 mois, bien que d'authentiques spasmes du sanglot aient pu être décrits chez des nourrissons plus jeunes et que ces crises puissent se prolonger au délà de la 2ème année.

Il s'agit en règle de nourrissons dont le développement somatique et psychomoteur est normal. Leur intelligence est normale comme l'a prouvé l'étude du quotient intellectuel de ces enfants effectué par Sauguet.

La cause déclenchante est essentiellement une crise de sanglots, provoquée par une émotion violente ou une colère. Il faut cependant signaler que tous les auteurs ne sont pas d'accord à ce sujet et Sauguet de Delaveleye font entrer dans un même cadre le spasme du sanglot (auquel ils refusent d'ailleurs cette dénomination) et d'autres phénomènes : perte de connaissance, crises convulsives ou la période des sanglots fait défaut et où "la crise suit immédiatement l'évènement extérieur sans interposition d'une phase intermédiaire".

PHYSIOPATHOLOGIE

Le sapsme du sanglot survient en règle, entre 6 et 18 mois, âge d'élection également pour d'autres crises convulsives : hyperthermiques et de la tétanie. A cette période, du fait de l'immaturité corticale, le seuil convulsivant est particulièrement bas (cela a été souligné par Giraud, Bernard et Gastaud H et par Madame Basset).

A côté de cette immaturité corticale qui est un facteur favorisant important du spasme du sanglot, il est un élément déclenchant essentiel, c'est l'asphyxie qui selon Thieffry "rend compte du spasme du sanglot". Ce fait a été précisé par les études expérimentales de Y et H Gastaud sur les convulsions anoxiques.

Pour ces auteurs le spasme du sanglot entre dans le cadre des convulsions anoxiques telles qu'elles ont pu être étudiées expérimentalement par compression oculaire."Les enfants qui font des convulsions anoxiques expérimentales sous l'effet de la compression oculaire sont également ceux qui présentent des convulsions anoxiques apparemment spontanées";

Le sapsme du sanglot réalise une convulsion anoxique par pneumo-inhibition intense et prolongée, survenant tardivement : il existe un intervalle entre l'apnée et le facteur déclenchant (émotion dans le sapsme du sanglot, compression oculaire dans l'expérimentation).

Cet intervalle est occupé par un sanglot entrainant une hyperpnée intense responsable d'une hypoxie cérébrale qui prépare le terrain à l'asphyxie consécutive à l'apnée, d'ou les stades classiques : sanglot, cyanose, apnée, spasme tonique.

Il y aurait chez les sujets une susceptibilité particulière des centres bulbaires du vague, c'est-à-dire une hypervagotomie constitutionnelle et probablement familiale.

Il existe une parenté entre les convulsions anoxiques par asphyxie cérébrale; dûe à la pneumo-inhibition et les convulsions par ischémie cérabrale,due à la cardio-inhibition.

A ce sujet il faut signaler dans une de nos observations la succession de syncopes émotives à un spasme du sanglot.

DESCRIPTION CLINIQUE

Nous serons brefs sur la description clinique su sapsme du sanglot, car celle-ci est bien connue.

Typiquement l'enfant après une contrariété, une colère, une émotion violente, se met à sanglotter, puis les respirations deviennent de plus en plus faibles et saccadées, enfin survient une dernière inspiration bruyante, suivie d'une apnée, le thorax étant bloquée en inspiration forcée. Le nourrisson perd connaissance et tombe le plus souvent en arrière, la face est cyanosée, les yeux révulsés, les pupilles dilatées, la nuque rejetée en arrière, en hypertonie ainsi que le tronc et les membres.

Inconstamment à ces contractures s'associent des mouvements cloniques en règle discrets, ce n'est qu'exceptionnellement que se produit une grande crise généralisée.

Il faut singaler la possibilité d'une forme flasque avec résolution musculaire pendant toute la crise.

Certains auteurs ont signalé la possibilité de l'absence de sanglot entre la circonstance déclenchante et la perte de connaissance.

Citons la possibilité d'accès en quelque sorte retardés : la respiration arrêtée, l'enfant fait quelques pas, parfois fournit une assez longue course, puis tombe et la crise de déroule.

Dans tous les cas au bout de quelques secondes en règle, la respiration reprend par une grande inspiration profonde, l'enfant revient à lui. Il n'existe ni morsure de la langue, ni perte des urines.

Une petite phase post-critique stertoreuse peut exister, mais le plus souvent l'enfant se remet à pleurer sans que les nouveaux sanglots provoquent jamais de nouvelles pertes de connaissance.

L'examen clinique après la crise et entre les crises est strictement normal.

Le rythme des crises est extrémement variable, parfois 1 ou 2 crises dans la vie de l'enfant, séparées par de très larges intervalles. Ailleurs au contraire, on assiste à des crises pluriquotidiennes perturbant considérablement la vie familiale.

Quelqu'en soit son rythme ou son aspect, parfois alarmant, la crise se termine toujours sans aucun accident, ne mettant jamais la vie de l'enfant en danger et les crises vont finir par disparaitre en règle vers 2 ans, mais parfois elles peuvent persister plus longtemps en s'espaçant (cas d'un spasme du sanglot chez un enfant de 6 ans, retrouvé dans nos observations).

E L E C T R O - E N C E P H A L O G R A M M E

La principale caractéristique de l'électro-encéphalogramme dans le sapsme du sanglot est d'être en dehors du sapsme strictement normal ou à la limite de la normale.

Dans les diverses statistiques faites, il est exceptionnel de retrouver des accidents du type pointes-ondes, et dans ces cas, on peut se demander s'il ne s'agit pas d'une erreur de diagnostic et en fait d'une manifestation épileptique précoce.

Il semble bien que pour retenir le diagnostic de spasme du sanglot, il soit nécessaire d'exiger un électro-encéphalogramme éliminant à coup sûr un mal comitial.

Les travaux des Gastaud ont permis des enregistrements électro-encéphalographiques précédant ou accompagnant les convulsions anoxiques provoquées par la compression oculaire.

Ces auteurs ont noté précédant les signes cliniques et le fait est capital pour le diagnostic avec une épilepsie, des bouffées d'ondes lentes

bilatérales et symétriques sur l'ensemble du scalp (bouffées comparables à ce qu'on peut trouver dans l'électro-encéphalogramme de ces sujets en dehors des crises lors de l'hyperpnée.

Ces bouffées peuvent, si la syncope se prolonge aller jusqu'au silence électrique contemporain de la syncope.

Puis l'électro-encéphalogramme se normalise lorsque les signes cliniques cessent.

B I O L O G I E

L'étude biologique de ces sujets est toujours strictement normale qu'il s'agisse de :

- la calcémie,
- la phosphorémie,
- la glycémie,
- le B.W.
- le L.C.R.

E T U D E - P S Y C H O L O G I Q U E

L'étude historique du spasme du sanglot montre que le rôle des facteurs psychologiques a déjà été préssenti par les auteurs classiques, avant même que le syndrome soit réellement individualisé.

Au fur et à mesure des publications et des travaux, la part des facteurs psychologiques dans le déclenchement de cette affection et leur influence sur la répétition et le rythme des crises apparaissent de plus en plus clairement.

Notre étude portant sur 74 cas confirme l'importance de ces facteurs psychologiques et contribue à préciser quels en sont les différents aspects :

- D'abord en ce qui concerne l'enfant : l'existence d'un terrain particulier et l'association à d'autres troubles caractériels,

- Ensuite en ce qui concerne le milieu familial où domine le rôle de l'anxiété maternelle.

L'existence d'un terrain particulier fait d'irritabilité, d'émotivité, d'agitation, a été noté dans les travaux de R. Debré et de Mademoiselle Lévy.

L'analyse plus précise de ce terrain montre la fréquence de l'association du spasme du sanglot à d'autres troubles, dont l'étiologie purement psychique ne fait aucun doute. Cette fréquence, sur laquelle insiste déjà Madame Fourment, est telle dans nos observations que l'on ne peut parler de simple hasard et elle constitue un argument non négligeable en faveur de l'existence d'un trouble psychologique à l'origine de ces manifestations si particulières de la petite enfance.

Sur 74 observations, nous avons retrouvé :

- 24 cas où existent des troubles caractériels; tels que des colères une opposition, une agressivité vis à vis de frères, de soeurs de camarades ou même de jouets, une jalousie à l'égard d'un frère ou d'une soeur plus jeune.

- 16 cas où l'on retrouve des troubles de l'appétit : qu'il s'agisse d'une anorexie globale ou élective à certaines aliments, de vomissements souvent provoqués par un enfant qu'on veut forcer à manger ou rattachés par les parents à un régime mal adapté.

- 7 cas de troubles du sommeil : sommeil agité, terreurs nocturnes, endormissement difficile avec angoisses lors de celui-ci.

- 5 cas d'énurésie chez des enfants de plus de 3 ans. Cette constatation va à l'encontre de ce qu'affirme dans sa thèse Madame Fourment qui n'avait jamais noté l'association du spasme du sanglot à une énurésie.

- 4 cas d'asthme ou d'eczema,

- 3 cas de retard du langage en règle par opposition au milieu familial.

- 1 seul cas de retard de la marche.

Il faut insister sur le fait que tous ces troubles surviennent chez des enfants d'intelligence normale et dont le développement psychomoteur s'est

effectué normalement. En effet les cas où nous retrouvons un retard du langage ou un retard de la marche ne s'accompagnent pas de débilité intellectuelle et ces troubles doivent être considérés comme étant de nature purement affective.

L'existence de cette association du spasme du sanglot à de tels troubles nous conduit à invoquer la possibilité de facteurs psychologiques déclenchants communs et ceci nous amène à l'étude du milieu familial, dont dépend étroitement le développement psycho-affectif de l'enfant.

Cette étude fait ressortir de la part de l'enfant une opposition à son milieu familial, et dans l'entourage une anxiété qui va favoriser l'éclosion des troubles.

L'opposition au milieu familial se manifeste au moment où se forme le moi de l'enfant, moment où comme le dit Madame Fourment "il prend conscience des premières difficultés sociales". Il acquiert le langage, il doit devenir propre, manger seul" mais au prix de contraintes de plus en plus nombreuses et qu'il accepte mal".

Tout cela constitue des frustrations successives auxquelles l'enfant réagit de manières diverses. Il est admis actuellement que plusieurs des associations morbides que nous avons retrouvées dans nos observations de spasme du sanglot : l'anorexie mentale, l'énurésie, le retard du langage et divers troubles caractériels constituent des réactions d'opposition de l'enfant à un milieu qui le frustre.

Nous pensons pouvoir y joindre les manifestations du spasme du sanglot par lesquelles l'enfant possède un moyen de pression et une réponse à

ces diverses frustrations. Ceci a été noté par certains pédiatres et nous avons pu entendre notre maître Thieffry traiter ces enfants "de drôles qui font chanter leur famille".

L'anxiété du milieu familial et surtout maternelle a été retrouvée dans la presque totalité de nos observations :

- anxiété sans support, la mère se disant anxieuse, nerveuse, toujours prête à envisager le pire.

- anxiété portant sur "la maladie de l'enfant", les parents, la mère surtout ont la hantise de voir apparaître de nouvelles crises et cela les conduit à céder en tout à l'enfant. Parfois de véritables drames accompagnent chaque spasme : dans une de nos observations, la mère pleure à chaque crise et va même jusqu'à l'évanouissement.

Une question se pose alors : Pourquoi une telle anxiété ?

Beaucoup d'auteurs ont insisté sur le fait qu'il s'agissait d'enfants cadets très choyés, d'enfants uniques, d'enfants nés tard dans le mariage. En effet nous avons retrouvé parmi nos 74 observations :

- 31 cas d'enfants uniques,

- 32 cas de cadets.

Il est à noter que parfois la naissance d'un frère ou d'une soeur a augmenté la fréquence des crises, mais ces faits ne sont pas assez fréquents pour qu'on puisse en tirer des conclusions.

Par contre notre étude nous a permis de retenir une notion qui nous a paru importante pour expliquer l'anxiété maternelle, c'est la fréquence dans les antécédents.

- d'une maladie grave de l'enfant ayant mis sa vie en danger : 25 cas,

- d'anomalies dans la grossesse ou l'accouchement : 25 cas ,

- un décès ou une maladie grave d'un des parents ou des frères ou soeurs, 24 cas.

Ces divers antécédents peuvent d'ailleurs être associés.

Ce n'est que dans 7 de nos observations qu'on ne retrouve aucun de ces éléments.

Lorsque l'enfant a fait une maladie grave ayant mis sa vie en danger, (toxicose, sténose du pylore...) la mère conserve une anxiété exagérée pour tout ce qui touche à la santé de son enfant.

"Les parents légitimement anxieux"... pendant la maladie de l'enfant, "ont tendance à se soumettre à ses moindres caprices. Mais lorsque l'enfant est guéri, le souvenir du danger peut persister et laisser les parents dans un état d'anxiété permanent. Ainsi la maladie est à l'origine de cas de surprotection anxieuse... l'attitude de surprotection introduit un cercle vicieux en maintenant l'enfant dans un état de dépendance infantile qui accroit ses exigences" (Mme le Docteur J. Aubry : "Erreurs ou carences éducatives de la première enfance").

Dans une proportion non négligeable de nos observations, les spasmes du sanglot ont succédé à une coqueluche asphyxiante, et l'on conçoit l'angoisse que peut ressentir une mère devant une apnée qu'elle rapproche des crises asphyxiques ayant réellement mis la vie de son enfant en danger. Mais c'est là un point sur lequel nous reviendrons.

Cette même anxiété se retrouve lorsque la grossesse a été anormale

avec hémorragies, menace d'avortement, accouchement difficile ayant posé un pronostic vital pour l'enfant. (voir à ce propos l'observation n° 14 qui nous parait à cet égard particulièrement significative).

Ailleurs c'est l'existence d'un décès ou d'une maladie grqve d'un des parents ou de frère ou soeurs qui fait trembler la mère ou celle qui en tient lieu. Cette anxiété est d'autant plus grande que dans les antécédents familiaux existent :

- une maladie considérée dans le grand public comme héréditaire : tuberculose, affection psychiatrique.....

- Des crises convulsives parmi les ascendants ou collatéraux, qu'il s'agisse d'épilepsie : 14 cas par exemple, ou de simples spasme du sanglot : 14 cas également.

- Le décès d'un autre enfant ayant présenté au même âge des spasmes du sanglot.

Il y a là bien des facteurs d'anxiété familiale qui vont favoriser l'apparition et la répétition des spasmes du sanglot. Un véritable cercle vicieux va se créer, l'anxiété favorisant les crises et celles-ci accroissant encore l'inquiétude maternelle.

En considérant cette relation du couple mère-enfant, en se basant sur les notions avancées par certains neuropsychiatres infantiles deux autres éléments très particuliers peuvent être mis en évidence.

D'une part on constate qu'il s'agit souvent de mères trop faibles qui permettent tout à l'enfant ou qui les frustrent lorsqu'il n'y a pas lieu de le faire. Ces mères n'osent pas frustrer leur enfant, parce qu'elles se sentent inconsciemment coupables. Cette faiblesse exagérée chez la mère crée chez l'en-

fant un certain degré d'anxiété, facteur favorisant probable du phénomène du spasme du sanglot.

D'autre part plusieurs observations nous amènent à discuter des rapports entre la nature de la maladie redoutée par la mère, du fait d'antécédents de l'enfant ou d'antécédents familiaux, et le symptôme caractériel présenté par l'enfant.

Nos observations nous amènent à constater que ces maladies graves passées, ayant frappé l'enfant ou un proche, ayant parfois provoqué un décès, ont souvent revêtu un tableau clinique où ont dominé les phénomènes asphyxiques : (mort apparente du nouveau-né avec réanimation, toxicose avec cyanose, coqueluche asphyxiante, pneumothorax, abcès de la gorge .....) ou encore un tableau d'une affection neurologique soit convulsivante, soit paralysante (Epilepsie, Maladie de Little, Maladie de Charcot-Marie, Paraplégie, Mal de Pott avec paralysies, méningite avec séquelles motrices...).

La fréquence

La fréquence de ces types d'affection ne peut manquer d'attirer l'attention et l'on ne peut qu'être frappé par cette similitude entre ce que craint assez vaguement d'ailleurs la mère et le symptôme présenté par l'enfant.

On peut émettre l'hypothèse que dans le spasme du sanglot ce n'est pas n'importe quelle maladie qui provoque l'anxiété maternelle.

Remarquons à ce propos qu'ayant eu l'occasion de rechercher dans le service de Madame le Docteur Aubry de très nombreuses observations de troubles caractériels divers, nous avons été amenés à constater, dans les cas où l'anxiété maternelle avait pour support une maladie grave antérieure différents des maladies que nous avons retrouvées dans le spasme du sanglot, que les enfants

présentaient des troubles psychologiques bien différents du spasme du sanglot.

Cependant le problème est évidemment loin d'être aussi simple puisque nous avons vu la fréquence avec laquelle le spasme du sanglot s'associe à d'autres troubles caractériels.

Parmi nos 74 observations nous avons vu que dans 7 cas nous n'avions retrouvé aucun antécédent pathologique. L'observation n° 24, observation privilégiée puisque l'enfant a été suivi jusqu'à l'âge de 17 ans nous montre que des préoccupations de santé très particulières existaient de manière plus ou moins latentes chez la mère puisqu'elle a fait quelques années après la survenue des spasmes du sanglot chez son enfant, un épisode dépressif avec idées hydrocondiaques cancérophobie, angoisse de mort et une impression de paralysie.

En conclusion de cette étude psychologique, nous avons réuni 24 de nos observations de spasmes du sanglot en nous attachant à préciser essentiellement les antécédents de l'enfant et les éléments principaux du milieu familial.

OBSERVATION 1

Maryline A.... 2 ans

- Anorexie jusqu'à l'âge de 4 mois, cette anorexie disparait après un voyage et est remplacée par des troubles de l'endormissement. L'enfant ne s'endort que lorsque la mère la berce, se réveille quelques heures plus tard, pleure et ne consent à se rendormir que si les parents la bercent.

C'est à 13 - 14 mois que sont apparus les spasmes du sanglot. Ceux-ci ont augmenté de fréquence peu à peu (un jour elle en a fait 3 dans la journée).

Les parents sont très anxieux et n'ose plus faire pleurer l'enfant.

Celle-ci est une enfant unique très nerveuse, elle joue avec une petite amie de 3 ans qu'elle bat, mord, à qui elle tire les cheveux.

Le passé obstétrical est normal.

On note une tuberculose pulmonaire grave de la mère (26 ans) traitée par pneumothorax. Le père à 39 ans et souffre d'un ulcère d'estomac.

Observation 2 :

Gérard V... 3 ans 1/2

Spasme du sanglot apparu à l'âge de 2 ans 1/2 se produisant à la moindre contrariété, mais uniquement avec les parents; depuis qu'il est à l'école maternelle il n'en a jamais fait.

Il s'agit d'un 2eme enfant d'une fratrie de 2, c'est un enfant capricieux, insupportable, bégayant un peu. La mère (34 ans) est une basedowienne traité par radiothérapie, une de ses soeurs fait des crises comitiales.

Observation 3 :

Patrick F.... 1 an 1/2

Enfant unique, présente des spasmes typiques depuis 3 mois.

Né à terme, grossesse normale, l'accouchement a été difficile et a nécessité l'emploi de forceps. L'enfant est placé en nourrice de 2 à 10 mois Il s'agit d'un enfant d'intelligence normale mais coléreux, pas encore propre.

La mère (29 ans) a eu à l'age de 20 ans une paraplégie traumatique :

la mobilité des membres inférieurs a été récupéré un an après. Ont persisté des troubles sphincéteriens ayant nécessité une intervention 5 ans après.

Le père (21 ans) très coléreux a eu des spasmes du sanglot dans l'enfance.

L'enfant est revu un an plus tard; les spasmes du sanglot ont disparu, mais sont apparus des troubles du caractère : nervosité, désobéissance. De plus jalousie et agressivité vis à vis de sa petite soeur née depuis.

Observation 4 :

Luc C..... 20 mois

4ème enfant d'une fratrie de 4

Enfant turbulent caprixieux,

Les spasmes sont apparus à l'age de 9 mois et sont devenus de plus en plus fréquents.

Cet enfant a fait à 3 mois une coqueluche axphyxiante et a été hospitalisé pendant 5 semaines, il aurait ensuite toussé pendant 1 an. Il a eu de nombreuses otites et de multiples paracenthèses.

La mère agée de 35 ans jusqu'à l'âge de 17 ans, faisaient fréquemment des syncopes.

Le père a eu le croup étant enfant et aurait eu des convulsion, il aurait fait des spasmes du sanglot assez tard.

Une soeur de Luc est morte à 10 ans de méningite tuberculeuse. Elle était née à 7 mois. Elle a fait en venant au monde des accès de cyanose et une réanimation pendant 3 jours a été nécessaire. Elle avait présenté des spasmes du sanglot dans l'enfance.

Un frère de 8 ans est bien portant, une soeur de 3 ans 1/2 fait également des spasmes du sanglot.

Observation 5 :

Marie Hélène H.... 3 ans 1/2

4ème enfant d'une fratrie de -

Sténose du pylore traitée médicalement. De 2 mois 1/2 à 1 an 1/2 eczéma.

Le début des spasmes du sanglot remonte à l'age de 8 mois avec recrudescence dans le rythme des crises lors de la naissance de sa petite soeur à 1 an.

Observation 6 :

Jean Marie l..... 1 an

3ème enfant d'une fratrie de 3

Prématuré de 8 mois qui a du être réanimé 1/4 d'heure. Apparition des premiers spasmes du sanglot à l'âge de 3 mois lorsque l'enfant est placé en nourrice.

Le père et la mère sont bien portants ainsi que le frère ainé.

Un frère de 3 ans 1/2 a été hospitalisé à l'âge de 15 jours pour un syndrome toxique.

L'électroencéphalogramme, la calcémie, la glycémie sont normaux.

Observation 7 :

Christian V.... 2 ans 1/2

Enfant unique.

Un frère est mort une heure après sa naissance. Accouchement prématuré avec menace de fausse-couche et hémorragie au 3ème mois.

L'enfant est coléreux.

La mère coléreuse a eu un Pott lombaire dans l'enfance.

Observation 8 :

Samuel C.... 1 an 1/2

Enfant unique,

Nourri au sein jusqu'à 17 mois : nombreux vomissements.

A 5 mois, coqueluche asphyxiante grave avec deshydratation, quintes asphyxiantes. Il a été hospitalisé pendant 1 mois.

A 1 an apparition d'eczéma alternant avec des crises d'asthme.

A 14 mois apparition de spasme du sanglot alors que l'eczema persiste.

Observation 9 :

Viviane D.... 1 an

Enfant unique présentant une fente palatine et un angiome cervical pour lequel elle est traité par aiguilles de radium.

Le père et la mère sont bien portants. La grand mère paternelle a une luxation de la hanche.

La grand mère maternelle est décédée à 35 ans d'un cancer gastrique.

Observation 10 :

Dominique E..... 1 an 1/2, sexe féminin

3ème d'une fratrie de 8

Grossesse et accouchement normaux.

Première crise à 18 mois,

Père 51 ans, bien portant,

Mère 50 ans a eu à 44 ans une méningite cérébro-spinale avec atteinte du membre inférieur droit.

Une soeur de 23 ans bien portante,

Un frère de 21 ans présentant une maladie de Charcot-Marie.

Un frère de 18 ans bien portant,

Une soeur de 17 ans, maladie de Charcot-Marie,

Un frère de 15 ans bien portant,

Une soeur de 14 ans méningite à 1 an 1/2

Un frère de 9 ans bien portant.

Observation 11

Yves R..... 1 an 1/2

Né d'une 9ème grossesse. 10 grossesses.

Les spasmes du sanglot sont apparus quelques jours après la naissance du 10ème enfant qui est mort-né.

Il existe un très gros problème Rh : mère A Rh -, père A Rh +, 2 enfants normaux, une fausse-couche à 3mois 1/2, 4ème grossesse : garçon à terme, mais ictère immédiat (le diagnostic de Rh est alors fait) nguino à 36 h. décès quelques heures après.

Une fausse-couche de 2 mois 1/2.

Une fausse-couche de 6 mois 1/2 d'un enfant macéré depuis 1 mois.

Une fausse-couche de 2 mois 1/2

Un garçon de père différent.

Yves du frère des autres : exsanguino transfusion à la naissance.

Accouchement enfin à 8 mois d'un enfant mort et macéré depuis 8 jours.

Observation 12 :

Bernadette D.... 13 mois

11ème enfant d'une fratrie de 11.

Métrorragies dans les 3 premiers mois de la grossesse. Accouchement

à 8 mois. Né cyanosé.

Père 47 ans, porteur d'un rétrécissement mitral, a une hypertonie des membres inférieurs de type pyramidal prédominant du côté gauche depuis l'enfance et un syndrome cérébelleux discret des membres supérieurs.

Mère bien portante. 2 de ses neveux ont des crises convulsives.

11 enfants : un seul enfant le 8ème (8 ans) marche comme son père. Il a des crises de pâleur au cours desquelles il demande à dormir : dort 2 à 3 heures.

Observation 13 :

Jean Pierre P.... 3 ans 1/2

Grossesse normale jusqu'à 7 mois où apparaissent des hémorragies. Accouchement à 7 mois : forceps (la mère a refusé une césarienne) 15 jours en couveuse. Nourri au sein jusqu'à 7 mois, au biberon jusqu'à 10 mois : à cette période de sevrage épisode diarrhéique grave.

Observation 14

Micheline M.... 6 ans 1/2

Cadette d'une fratrie de 3, une soeur de 17 ans, une soeur de 15 ans.

La grossesse est normale jusqu'au 3ème mois.

Au 3ème mois l'enfant remue une fois, puis l'enfant ne remuant plus et les bruits du coeur n'étant pas perçus, on pense que l'enfant est mort et la mère subit un traitement pour provoquer une expulsion du foetus.

Du 3ème mois au 8ème mois, l'abdomen de la mère n'augmente pas de volume, puis brusquement au 8ème mois, le développement du foetus reprend. L'accouchement a lieu au terme prévu. Le poids est de 1 kg. avec évidemment les problèmes de l'élevage d'un enfant d'un poids très faible.

Le grand père était un éthylique, décédé de délirium tremens à 42 ans.

La mère est porteuse d'une luxation de la hanche droite;

Le père est bien portant,

La soeur de 17 ans est bien portante.

Celle de 15 ans a eu des spasmes du sanglot de 18 mois à 5 ans.

L'électro-encéphalogramme est normal. Les spasmes du sanglot sont apparus à 2 ans.

Observation 15 :

Jean Claude Y .... 1 an 1/2

Enfant unique,

Parents séparés,

Mère bien portante

Père mélancolie traitée par électrochoc.

Enfant nerveux difficile à endormir.

Grosses difficultés alimentaires, vomit quand on le force : anorexie, nombreux changements de lait.

Actuellement alimentation de type infantile, 6 bouillies de lait entier prise au biberon, l'enfant n'accepte qu'une seule farine et ne prend que 100 g. par biberon.

A signaler un abcès de la paroi abdominale à la suite d'une injection d'eau de mer à 3 mois.

Observation 16

Dominique S ..... 1 an 1/2

Nombreux spasmes du sanglot depuis l'âge de 6 mois. Elle est en nourrice 4 jours sur 7 : la nourrice, la mère, la grand mère lui cédent en toutes

choses, ce qui n'empêche pas les crises.

La mère agée de 24 ans a été hospitalisée 4 mois après l'accouchement pour un syndrome psychotique (dû à une intoxication éthylique pendant la grossesse).

Aurait fait des spasmes du sanglot dans l'enfance auxquels ont succédé des crises d'asthme jusqu'à son mariage.

Le père, 26 ans, aurait fait une chorée dans l'enfance.

Observation 17

Patrice D.... 2 ans

6ème d'une fratrie de 6

Grossesse et accouchement normaux.

A un an coqueluche grave avec quintes asphyxiantes après laquelle sont apparus les spasmes du sanglot.

Ceux-ci ne surviennent qu'avec la mère et lorsque celle-ci le contrarie elle le regarde : s'il respire correctement, elle continue à le contrariér, sinon elle arrête.

Le père et la mère sont bien portants.

Sur les 5 frères et soeurs, 2 ont une dilatation des bronches survenue après une coqueluche.

Observation 18

..... 1 an

2ème d'une fratrie de 2

Hémorragie au 6ème mois de la grossesse.

Accouchement normal.

La mère a eu une tuberculose pulmonaire, un de ses frères a été opéré de tuberculose rénale.

Le père aurait fait une unique crise d'épilepsie quelques mois auparavant.

Observation 19

Alain S... 2 ans 1/2

Enfant unique.

Grossesse et accouchement normaux.

Le 1er spasme a eu lieu à 7 mois après une paracenthèse. Appétit très capricieux, Dort mal.

Les parents vivent avec la grand mère maternelle très nerveuse et qui gâte beaucoup l'enfant.

La mère âgée de 19 ans est très nerveuse, fait à l'occasion de contrariétés des "crises avec mouvements convulsifs" Pleurs à la fin des crises Le père est bien portant.

Observation 20

Patricia A.... 3 ans

Enfant unique, intelligent, très autoritaire.

Grossesse et accouchement normaux.

Apparition de spasmes du sanglot dans les premiers mois.

La mère est décédée lorsque l'enfant avait 4 mois, d'un abcès de la gorge. L'enfant est élevée par son arrière grand mère très anxieuse.

Observation 21

Dominique B.... 7 ans

Chute du rendement scolaire depuis 2 mois (Q I normal) Né à 8 mois 2 kgs.

Hospitalisée à 1 mois à Trousseau pour toxicose. Spasmes du sanglot de 8 mois à 6 ans. Electro-encéphalogramme normal.

Observation 22

Freddy D.... 13 mois

2ème enfant d'une fratrie de 2

Grossesse et accouchement normaux.

Développement psychomoteur normal.

Mère 18 ans : 1er grossesse à 14 ans. Son père est très nerveux (bat sa femme) agora phobique.

Sa mère présente des céphalées depuis 10 ans environ. Une tumeur cérébrale inopérable a été découverte il y a quelques mois.

Le père 23 ans est bien portant, ses parents sont éthyliques tous les deux.

Observation 23

Alain B.... 2 ans.

2ème de 2

Grossesse non désirée, surtout par le père.

La grossesse a été normale ainsi que l'accouchement, la mère a été très déçus par le sexe de l'enfant (déjà pour le 1er enfant, elle désirait une fille "parce que c'est plus affectueux")

Lagère anorexie.

A la naissance vomissements traités par la position verticale post-prandiale et Nestrangel. La mère jusqu'à 2 mois le gardait une heure dans les bras après le biberon.

Les spasmes du sanglot ont commencé à 9 mois "quand on veut quelque chose et qu'il ne veut pas". Depuis l'âge de 11 mois, il est en nourrice chez elle et les spasmes sont moins fréquents "car elle lui cède tout".

La mère a 31 ans et est bien portante.

Une de ses soeurs fait des crises convulsives.

Le père a eu une maladie de Hodgkin.

Observation 24

Jean Claude..... 17 ans

Deux sapsmes du sanglot de 18 mois à 2 ans, à plusieurs mois d'intervalle. Ce sont les seuls spasmes.

La mère est bien portante. Elle a eu à 7 ans une mastoïdite grave avec pronostic vital en jeu, très anxieuse, a toujours peur pour la santé de ses enfants.

Quelques années après les spasmes de Jean Claude, elle a fait une épisode dépressif avec hypocondrie cancérophobie, angoisse de mort et impression de paralysie.

La grand mère maternelle très anxieuse a fait à plusieurs reprises des épisodes dépressifs importants.

Le père fait des malaises mal étiquetés appelés "malaises nerveux" avec sensation de palpitations sans rien d'objectif.

A 11 ans cet enfant a dû subir une psychothérapie pour instabilité et mauvais travail scolaire.

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

Le diagnostic est en règle aisé et il est facile d'éliminer :

- les convulsions symptomatiques :
  - d'une lésion cérébrale organique,
  - d'une helminthiase
- un pithiasisme :
  - encore que des facteurs psychologiques communs puissent être retrouvés.

Surtout se discutent les autres convulsions essentielles du nourrisson.

- les convulsions hyperpyrétiques, avec une hyperthermie à 40° C et plus.

- la spasmophilie et en particulier le laryngo-spasme avec lequel le spasme du sanglot a été longtemps confondu,
  - avec le cornage initial,
  - l'existence de signes cliniques de tétanie, chovsteck , sensibilité à l'hyperpnée...
  - l'association fréquente à un rachitisme.
  - Les stigmates biologiques de la tétanie.

- l'épilepsie essentielle du nourrisson avec son début spontané, sans cause provocatrice ni sanglot, parfois nocturne, et surtout l'électro-encéphalogramme qui est l'élément majeur du diagnostic.

Certains auteurs ont cité des cas d'épilepsie de l'enfant, ayant débuté par d'authentiques spasmes du sanglot.

Il faut dire l'importance devant tout spasme du sanglot de ne retenir ce diagnostic que si l'électro-encéphalogramme ne montre aucun signe de comitialité.

P R O N O S T I C

Le pronostic du spasme du sanglot est classiquement considéré comme excellent, celui-ci disparaissant sans séquelles vers 2 ans. Cette notion appelle en fait quelques réserves.

La disparition à l'âge de 2 ans des spasmes du sanglot n'est pas toujours retrouvé et plusieurs observations montrent la persistance de celui-ci jusqu'à 4 - 5 ans, voire même au délà.

Par ailleurs, on peut se demander si l'angoisse maternelle, qui repose sur des éléments si profonds, ne va pas favoriser ultérieurement la survenue de troubles caractériels et psychologiques graves.

Madame Najean a pu suivre certains enfants ayant présenté dans l'enfance des spasmes du sanglot et a retrouvé une instabilité, des tics. Mais ces faits constituent un pourcentage relativement faible (2,3 %) en comparaison des enfants présentant un spasme du sanglot.

Parmi nos 74 observations, nous n'avons pu suivre que 3 enfants :

- l'un (Obs. 3) est revu 1 an plus tard, les spasmes du sanglot ayant disparu pour troubles du caractère et jalousie vis à vis d'une soeur

plus jeune.

- un autre (Obs.21) est vu pour des difficultés scolaires avec baisse de rendement.

- Le dernier enfin qui a pu être suivi très longtemps (Obs.24) a été traité pour instabilité, opposition, mauvais travail scolaire.

Evidemment on ne peut conclure devant un si petit nombre de cas. Mais d'autre part, nous avons repris dans le service de notre Maître Madame le Docteur Aubry un certain nombre d'observations d'enfants venus consulter pour troubles caractériels et les cas d'enfants ayant présenté un spasme du sanglot dans l'enfance sont rares.

Nous n'avons pu éclaircir les raisons de ces faits.

LE TRAITEMENT DU SPASME DU SANGLOT

Divers traitements médicamenteux ont été essayés et bien souvent les enfants qui viennent consulter ont pris sans résultats, toute une série de sédatifs nervins.

Il est classique de préconiser une psychothérapie de la mère, mais il ne s'agit pas de n'importe quelle psychothérapie.

L'origine de l'angoisse maternelle a laquelle nous nous sommes attachés dans l'étude psychologique, nous paraît trop profonde, et seule une analyse très poussée peut rétablir le psychisme maternel. Cette thérapeutique est évidemment disproportionnée avec la bénignité du spasme du sanglot.

Aussi pensons-nous qu'est surtout nécessaire une petite psychothérapie du soutien qui va aider la mère à se sentir moins coupable, lorsqu'elle émet des interdits indispensables à l'éducation de tout enfant et indispensables pour que disparaisse l'anxiété qui nait de l'absence de toute frustration.

C O N C L U S I O N S

Le sapsme du sanglot est un trouble de la petite enfance très particulier par l'importance que revêtent certains facteurs psychologiques.

L'anxiété de la mère est le facteur favorisant essentiel, anxiété liée à des problèmes de santé : il existe fréquemment dans les antécédents de l'enfant ou des ascendants ou collatéraux des maladies graves :

- soit avec des symptomes asphyxiques,
- soit d'ordre neurologique moteur,
- soit encore des anomalies de la grossesse ou de l'accouchement.

Les mères des enfants atteints de spasme du sanglot sont souvent des mères trop faibles qui permettent tout à leur enfant et créent chez lui un certain degré d'insécurité.

L'essentiel du traitement est de calmer l'angoisse de la mère et de l'amener à poser les interdits indispensables à toute éducation.

Vu, le Président de Thèse

Professeur J. MARIE

Vu, le Doyen de la Faculté

Professeur L. BINET

Vu et Permis d'Imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris

J. ROCHE

B I B L I O G R A P H I E

1 - AICARDI (J) Les convulsions du tout-petit. Médecine infantile (Paris,)65 (10) Décembre 1958, p.7-15

2 - Mme J. AUBRY Erreurs et carences éducatives de la première enfance (0 - 6 ans) Sauvegarde de l'enfance 1956 n°1

3 - BARBONNEIX (L) L'énigme des convulsions chez les moins de 3 ans Concours Médical, 6 février 1938, p.337-338

4 - BALISEAUX (A) et GONSETTE (R) Corrélation électrocliniques dans 300 cas de convulsions infantiles. Acte Neurologica et Psychiatrica (Belge) 1958, 1,31

5 - Mme BASSET (M) Recherche sur l'étiologie des convulsions du nourrisson. Thèse Paris 1957

6 - BERNARD (René) Discussion sur le colloque sur l'électroencéphalogramme dans les convulsions de la première enfance (Paris 4 - 5 décembre 1957) Revue Neurologique (Paris) Juillet 1958, 99 (1), p.121

7 - BLECHMANN Les convulsions infantiles. Pronostic immédiat et lointain. Concours Médical, Mars 1934, p.618,621

8 - BURNET Contribution à l'étude de l'hystérie infantile, son existence au dessous de 5 ans. Thèse Paris 1891

9 - CHAPTAL (J) PASSOUANT (P) JEAN (R) Mme CAMPO-BECHARD (Cl) BARJON (P) RIBSTEIN (M) Convulsions chez le nourrisson et chez l'enfant. Etude statistique, clinique, électroencéphalographique et thérapeutique des 424 cas observés depuis Janvier 1948. Symposium sur les convulsions de l'enfant. Pédiatrie 1958, 8, n° 5 p.629-638

10 - DEBRE (R) et Melle LEVY (F) Le sapsme du sanglot et son diagnostic Le Nourrisson (Paris) Mars 1932, p.73-90

11 - DEBRE (R) et Melle LEVY (F) Les convulsions essentielles du nourrisson. et leur pronostic. Gazette des Hopitaux, 105è année n° 22, Mars 1932, p.395-399

12 - DEBRE (R) MOZZICONNACCI (R) NASSE (P) Mme LERICQUE-KOECHLIN.
Les spasmes du sanglot Clinique et électroencéphalographie. Semaine des Hopitaux, Paris 1948, 46 p.1477

13 - DELARUE (R) LECASBLE (R) DONDEY (M) REMOND (A) Les convulsions de l'enfant. Corrélations électrocliniques.
Revue Neurologique (Paris) Juillet 1958, 99 (1) p.155-160

14 - DUCHE (J) Convulsions de la première enfance. Revue de Neuropsychiatrie infantile 1956, Tome IV, n° 1 - 2 p.17-20

15 - EKHOLM (Erik) et NIEMINEVA (K) On convulsioris in early ehildhood and their prognosis.
Acta poediatrica vol 39, 1950, p.481-501

16 - FAURE (J) LOISEAU (P) GOT (M) DUBOYS DESTERMES (H) Remarques électroencéphalographiques sur 500 cas de convulsions infantiles. Revue Neurologique (Paris) Juillet 1958,99 (1), p.150-155

17 - FISCHGOLD (H) et LAPLANE (R) Conclusions sur le colloque sur l'électroencéphalogramme dans les convulsions de la première enfance (Paris 4 - 5 décembre 1957).
Revue Neurologique (Paris,)Juillet 1958 99 (1) p. 165-168

18 - Mme FOURMENT-VILLEY-DESMESERETS (O) Spasme du sanglot et crise névropathiques de la petite enfance. Thèse Paris 1948

19 - GASTAUD (H) et GASTAUD (Y) Etude électroencéphalographique et clinique des convulsions onoxiques de l'enfant. Leur situation dans le cadre des convulsions infantiles.
Revue Neurologique (Paris) 99 (1) Juillet 58. p.100-116

20 - GASTAUD (H) et ROGER (A) Etude électroencéphalographique des convulsions infantiles. Symposium sur les convulsions de l'enfant. Pédiatrie 1953, 8, n° 5, p.603-614

21 - GIRAUD (P), BERNARD (R) et GASTAUD (H) Les convulsions de l'enfance, étude clinique et pathogénique.
Symposium sur les convulsions de l'enfance.
Pédiatrie 1953, 8, n° 5, p.591-601

22 - HEUYER (G) Convulsions essentielles du nourrisson et leur pronostic. Critique de la Thèse de Melle Levy (F)
Revue critique de pathologie et de thérapeutique 1932 T.III, p.403-416

23 - HEUYER (G) Discussion sur le colloque sur l'électroencéphalogramme dans les convulsions de la première enfance (Paris 4 - 5 décembre 1957)
Revue Neurologique (Paris) Juillet 1958, 99 (1), p. 117 - 119

24 - ISCH-TREUSSARD L'électroencéphalogramme des convulsions dans la tétanie de l'enfant de moins de 3 ans.
Revue Neurologique (Paris) 99, (1) Juillet 1958, p.77-90

25 - ISCH-TREUSSARD (C) ROHMER (F) L'électroencéphalogramme dans les convulsions de l'enfant de moins de 3 ans. Valeur diagnostic et pronostic sur 230 cas suivis.
Arch. Fse Pédiat. 16-V 1959, p.822-825

26 - LAPLANE (D) Les convulsions de la première enfance
Revue Prat. (Paris) 9 (14) 11 Mai 1959 p. 1569-73

27 - LAPLANE (R) et DUCHE (D) Convulsions du nourrisson.
Encycl. Med. Chir. Pédiatrie (1ère enfance) 1955 4090 G 10 p.1-8

28 - LAUNAY (G) Discussion sur le colloque sur l'électroencéphalogramme dans les convulsions de la première enfance. (Paris 4-5 Décembre 1957)
Revue Neurologique (Paris) Juillet 1958 99 (1) p. 122-123

29 - LAUNAY (C) Manifestations psychonévrotiques de l'enfance.
Précis de Médecine Infantile 1948, p.978

30 - LERICQUE-KOECHLIN (A) L'électroencéphalogramme dans les convulsions de l'enfance avant 3 ans.
Revue Neurologique (Paris) 99 (1) Juillet 1958

31 - Melle LEVY (F) Les convulsions essentielles du nourrisson et leur pronostic. Thèse de Médecine (Paris) 1932

32- MALLET (R) et THIEFFRY (S) Les convulsions du nourrisson.
Revue Praticien 1955, 5, 27, p.2788-2793

33 - MARCHAND (M) Discussion sur le colloque sur l'électroencéphalogramme dans les convulsions de la première enfance. (Paris 4 - 5 décembre 1957)
Revue Neurologique (Paris) Juillet 1958 99 (1) p.120-121

34 - MARIE (J), BASSET (M) Les principales causes de crises convulsives du nourrisson dans un service de pédiatrie générale.
Semaine des Hopitaux de Paris 35 ème année. 24 Novembre 1959, p.1170-76

35 - NAJEAN (Mme N G M née RETROU) Antécédents convulsifs des enfants suivis

35 - NAJEAN (Mme N G M née RETROU) Antécédents convulsifs des enfants suivis
dans un service de pédopsychiatrie. Thèse de Paris 1958

36 - NOBECOURT (P) BABONNEIX (L) CATHALA (J) HUTINEL (J) Traité de Médecine des enfants. Edit. Masson 1934, T. V p.29

37 - RADERMECKER (J) Discussion sur le colloque sur l'électroencéphalogramme dans les convulsions de l'enfance (Paris 4 - 5 décembre 1957) Revue Neurologique (Paris) Juillet 1958, 99, 1 p.123-125

38 - RILLET et BARTHEZ Traité des maladies des enfants. 2ème édition Paris 1853

39 - SAUGUET (H) et DELAVEILEYE Role des facteurs psychiques dans les convulsions infantiles et les paroxysmes épileptiques au cours de l'enfance et de l'adolescence. Ann. Medico Psychologiques (Paris 1956) 114, vol 2 (5) Dec. 1856, p.761-827

40 - SHELDOM (W) Crynig convulsions. Desease of infoncy and childhood, p.507

41 - THIEFFRY (S) Les convulsions essentielles et l'épilepsie de l'enfant. Enc. Med. Chir. Pédiatrie (2ème enfance) T. XXVIII 26.575-26.580

AGEMP
POLYCOPIE
8, rue Dante
PARIS-V•
Téléphone : ODÉon 58-90